

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N° 194

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 2 Mars 1910, à 1 heure

PAR

M. CARADEC

né le 5 juillet 1879 à Crozon (Finistère)

Le Polype choanal

Président : M. POUCHET, professeur.

*Juges : { MM. RECLUS, professeur
P. MARIE, professeur.
M. LABBÉ, agrégé.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*

PARIS

H. CHACORNAC, EDITEUR

9, rue de l'Eperon, 9

1910

194

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

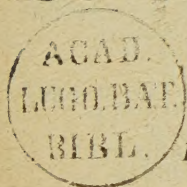
Présentée et soutenue le Mercredi 2 Mars 1910, à 1 heure

PAR

M. CARADEC

né le 5 juillet 1879 à Crozon (Finistère)

Le Polype choanal



Président : M. POUCHET, professeur.

Juges : { MM. RECLUS, professeur
P. MARIE, professeur.
M. LABBÉ, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

H. CHACORNAC, EDITEUR

9, rue de l'Eperon, 9

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	X.
Pathologie chirurgicale	DEJERINE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	GILBERT
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD
	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
	PINARD
Clinique d'accouchements	BAR
	RIBEMONT-DES-
	SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NORÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGREY	POTOCKI
BESANÇON FERN.	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÈPER	RENON
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SIGARD
CASTAIGNE	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ MARCEL	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR POUCHET

A MONSIEUR LE DOCTEUR GOSSET
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOUCHOTTE

A MESSIEURS LES DOCTEURS BOULAY
ET LE MARC'HADOUR

HOMMAGE DE PROFONDE RECONNAISSANCE

A MES PARENTS

A MES AMIS

HISTORIQUE

L'historique des polypes choanaux remonte encore assez loin puisque dans le travail de KILLIAN (1), de Frisbourg en Brisgau, l'auteur note que PALFYN, en 1753, a observé un cas de polype choanal. MORGAGNI, un peu plus tard, en 1779, parle de la présence des polypes dans l'antre d'Hyghmore.

Un siècle environ se passe et après un travail de DUMESNIL (2), en 1873, nous retrouvons une thèse de MATHIEU (3), soutenue à la Faculté

(1) Sur l'origine des polypes choanaux. XII^e congrès de laryngologie de l'Allemagne du Sud. Mai 1905.

(2) *Bulletin de la Société des chirurgiens*. Paris, 1873.

(3) Polypes muqueux des arrière-narines. Thèse de Paris, 1875.

de Paris, en 1875, sur les *polypes muqueux des arrière-narines*, et une observation prise dans le service du Docteur LÉON LABBÉ (1), chirurgien de la Pitié.

La question, cependant, était assez mal connue jusqu'alors et, à part le volume exagéré de la tumeur et le contraste entre sa bénignité et les dégâts occasionnés par les polypes nasopharyngiens vrais, on avait peu de connaissances sur ses autres caractéristiques.

Presque toutes les observations que l'on rencontre par la suite s'occupent surtout du traitement, et la chirurgie du moment n'hésitait pas devant les interventions larges et mutilantes pour débarrasser d'un polype choanal le sujet qui était porteur de cette affection. — Nous reviendrons tout à l'heure sur ce point et l'historique du traitement fera l'objet d'un paragraphe à part.

On arrache, on déchire, on taille le polype ; personne ne s'occupe de savoir exactement à quoi on a à faire.

Le premier essai d'étude histologique paraît

(1) Polype fibro-muqueux de la région naso-pharyngienne. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1875.

ne 1888. C. BERTAN (1), aide-préparateur au laboratoire d'histologie de la Faculté de Paris, analyse le polype choanal. — En 1893 BRYSON DELAVAN (2) constate le premier que ces polypes sont kystiques; et c'est à partir de cette époque que, lentement, une à une, les caractéristiques du polype choanal vont être établies. — O. CHIARI (3), l'année suivante, fait à la Société Viennoise de laryngologie une communication sur 17 observations de polypes choanaux. Il leur reconnaît la même structure histologique que les polypes muqueux ordinaires, mais il se trompe en affirmant que l'insertion de ces sortes de polypes est inconstante. En même temps, BOULAY (4), dans son article sur « l'obstruction nasale chez l'enfant », constate que le polype choanal n'est pas l'apanage de l'adulte, qu'il existe rarement chez l'enfant il est vrai, mais qu'il existe néanmoins, et il se demande si la

(1) Contribution à l'étude histologique des polypes muqueux des fosses nasales. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1888.

(2) Trois cas de polypes kystiques du nez. Acad. de méd. de New-York, section de laryn. et de rhino, mars 1895.

(3) Sur la présence des polypes muqueux naso-pharyngiens. Soc. viennoise de laryng. 7 nov. 1895.

(4) De l'obstruction nasale chez l'enfant. *Revue mens. des mal. de l'enfance*, mars 1896.

plus grande fréquence de la localisation choanale chez l'enfant n'est pas sous la dépendance d'un fait anatomique qui resterait à définir. C'est aussi à cette époque que DELIE (1) reconnaît la possibilité de la coexistence d'un polype choanal dans une narine et de polypes muqueux ordinaires dans l'autre. — En 1900, WRIGHT (2), après une tentative malheureuse d'extraction où il a crevé le kyste que formait le polype, en aperçoit l'insertion sous la queue du cornet moyen et, pouvant suivre son malade, constate les récidives inévitables et très rapides de la tumeur ; il essaie une définition de la pathogénie de l'affection qu'il attribue à une infiltration œdémateuse due à l'obstruction mécanique veineuse par les produits inflammatoires dans la muqueuse ou l'os sous-jacent, ou bien alors à des phénomènes vaso-moteurs. CHOLEWA (3) s'occupe lui aussi de savoir « *pourquoi les polypes muqueux récidivent ?* » ; il n'y voit

(1) Polypes muqueux du nez. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1896.

(2) Remarques sur l'étiologie des polypes du nez. *Ac. de méd. de New-York*, sect. de laryng. fév. 1899.

(3) Pourquoi les polypes muqueux récidivent ? *Monast. f. Öhrenh.*, p. 103, 1900.

qu'une raison qui serait l'origine osseuse de la tumeur, — interprétation qui est exacte quand il s'agit d'un polype muqueux ordinaire ayant comme cause une ethmoïdite suppurée, mais qui est certaine en ce qui concerne le polype choanal. — Trois ans plus tard, HAJEK (1) constate que par ouverture du sinus maxillaire on peut arriver à enrayer ces récidives. — C'est alors en 1903, que paraît le travail de KILLIAN (2), le premier travail le plus complet sur la question. Ces polypes, affirme-t-il, prennent leur origine dans l'antre d'Hyghmore; de là ils se projettent dans le nez et la cavité rétro-nasale par un trou accessoire. Ils consistent donc en deux polypes dont l'un est situé dans le sinus maxillaire, l'autre dans la cavité nasale et rétro-nasale, les deux parties étant jointes l'une à l'autre par un pédicule traversant le foramen. Il attribue la cause de ces polypes à l'inflammation de la muqueuse du sinus.

La façon de voir de Killian restera la nôtre

(1) Sur la récidive des polypes du nez. *Archiv. f. laryng.* Band XIV, heft 3, 1903.

(2) loc. cit.

après avoir été contrôlée par FOURNIER (1) d'abord, qui, grâce à un examen rendu particulièrement facile, à cause de l'atrophie du cornet moyen, voit nettement le pédicule du polype sortant par l'orifice très agrandi du sinus maxillaire ; par E. V. SEGURA (2) ensuite ; puis, l'andernier, par LERMOYEZ (3) qui, arrachant un polype choanal avec le crochet de Lange, voit venir à la suite du pédicule comme un éventail de tissu conjonctif qui aurait été inséré dans le sinus ; et enfin par P. VIOLLET (4) dans sa communication faite au Congrès de la Société française d'oto rhino-laryngologie, et dont le titre résume les idées qui y sont contenues : *« polypes kystiques du nez à répétition, donnant lieu à des écoulements muqueux nombreux et abondants, paraissant, par leur structure, avoir leur point de départ dans le sinus maxillaire »*.

(1) Présentation d'un volumineux polype maxillo-nasal. Soc. de laryng. d'oto. et de rhino. de Paris. Juil. 1906.

(2) Polypes fibre-muqueux naso-pharyngiens. Leur origine dans le sinus maxillaire. *Revue hebdomadaire de laryng., d'oto. etc.*, déc. 1906.

(3) Polype du sinus maxillaire. Soc. d'oto-rhino-laryng. de Paris. Fév. 1909.

(4) Congrès de la soc. franç. d'oto-rhino-laryng. mai 1909.

C'est à peu près au même moment où Killian faisait faire un pas définitif à un des côtés de la question, exactement deux ans avant, que JACQUES (1), de Nancy, fixait la nature histologique du polype choanal. Le polype choanal n'est pas un « myxome » ; de même que les polypes muqueux des fosses nasales, celui dont nous nous occupons contient de l'albumine et non de la mucine. L'expression de « *fibroïde œdémateux* » qu'il retrouve dans l'ouvrage de SEIFERT et KHAN (2) nous paraît la traduction exacte de la vérité. Comme nous nous sommes rangés à l'opinion de Killian pour ce qui a trait à l'aspect macroscopique de la tumeur, nous nous rangerons à celle de Jacques pour ce qui a trait à son aspect microscopique.

Si les recherches faites sur les caractéristiques du polype choanal n'ont que tardivement donné des résultats stables, il est probable que la faute en est pour une large part à l'outillage plutôt rudimentaire dont les spécialistes disposaient encore il y a quel-

(1) Des dégénérescences bénignes de la muqueuse ethmoïdale. Causes et traitement. Soc. franç. d'oto-rhino-laryng. 1903.

(2) Atlas der histopathologie der Nase. Berlin 1895.

ques années. Le traitement, par contre, est né lors des premières observations. L'historique en sera plus intéressante, parce que plus variée. Il n'est pas rare, en effet, dans chacune des communications que l'on trouve sur « *les polypes muqueux du naso-pharynx* », de voir l'auteur, sinon proposer une méthode nouvelle, du moins apporter des modifications larges ou insignifiantes à une technique déjà employée. Le polype choanal, lorsqu'il atteint certaines dimensions, étant un obstacle considérable à la respiration nasale, était pour ce fait traité comme seule une tumeur maligne l'aurait mérité. — L'incision du voile, qui avait pour but de mettre la tumeur plus à portée de la main du chirurgien, a été, au début et pendant de longues années, la méthode de traitement en vogue ; l'opérateur pratiquait ensuite l'excision de la tumeur à l'aide du galvano-cautère. C'est par ce procédé que LÉON LABBÉ (1) enlevait, en 1875, un polype choanal de la grosseur d'un œuf de poule, chez une jeune fille. Vient ZAU-

(1) Loc. cit.

FAL (1) qui demande « *la généralisation de l'usage d'une anse de fil métallique pour l'ablation des polypes nasaux* » ; et alors la chirurgie paraît hésiter devant ces larges débridements. Tantôt c'est l'anse froide, tantôt l'anse chaude qui viennent à bout des polypes choanaux. Puis, brutalement, avec KÖNIG (2), la courbe de cruauté qui paraissait en décroissance atteint tout à coup son maximum. Celui-ci n'hésite pas à prôner un « *nouveau procédé* », bien simple et basé sur ce raisonnement : l'orifice antérieur des fosses nasales est bien étroit, le nez bien gênant pour voir jusqu'aux parties profondes de ces fosses nasales...; coupons le nez et nous y verrons mieux. Et il coupe aux ciseaux le dos du nez ! Puis toujours secondé par une imagination aussi fertile qu'était la sienne, il invente une « *large curette* » avec laquelle il va détacher le polype et faire encore quelques menus dégâts du côté de son

(1) De la généralisation de l'usage d'une anse de fil métallique pour l'ablation des polypes nasaux. *Prog. Med. Wochensch.*, 1877.

(2) Nouveau procédé pour l'ablation des polypes retro-nasaux. *Journ. of. laryng. and rhino.* N° 5, d'après *Centralblat. f. Chirurg.*, 1888. N° 10.

implantation. On devine facilement pour quel motif König ne note pas de récidence du polype ainsi traité ; il est plus que probable que le client bien défiguré ne se sera plus risqué par la suite à remettre le nez chez lui. Nous devons dire de suite que ce nouveau procédé, même à son époque, ne paraît pas avoir séduit les contemporains de König et qu'on ne le retrouve dans aucune autre observation ni dans aucun autre travail.

C'est au même moment que LANGE (1), de Copenhague, inventa pour l'ablation des polypes choanaux un crochet auquel il a attaché son nom. Le procédé découvert par lui étant un de ceux dont on se sert encore couramment aujourd'hui, nous le trouverons décrit entièrement au chapitre « traitement », et nous croyons superflu d'en faire une description à cette place. Signalons cependant que ce procédé est loin des méthodes barbares et aveugles que nous avons relatées précédemment, et que Lange, par son invention, fit faire un grand pas à la question du traitement du polype choanal. Malgré cela,

(1) Opération des polypes des choanes. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*. 1888.

on voit maintenir par les chirurgiens l'incision du voile du palais jusqu'aux environs de 1895.

Et l'on travaille au perfectionnement de la méthode de l'anse, méthode qui paraît avoir de tout temps préoccupé les opérateurs qui s'efforçaient d'atténuer les dégâts de l'opération.

Puis le doigt s'introduit dans le pharynx pour guider l'anse, pour malaxer le polype ou encore pour l'écraser au plafond du cavum et par ce moyen obtenir une diminution de volume permettant d'extraire la tumeur par la narine correspondante. Chez un tout jeune enfant, LABARRE (1) enlève un polype choanal sans le secours d'aucun instrument, avec le doigt seul introduit derrière le voile après anesthésie.

SUAREZ DE MENDOZA (2) et TEXIER (3), de Nannes, emploient en 1900, la pince à végétations pour tordre, arracher et le plus souvent morceler la tumeur. LOMBARD (4) en même temps

(1) Relation d'un cas de polype fibro-muqueux des fosses nasales chez un enfant de 5 ans 1/2. Soc. belge d'oto-rhinolaryngologie. Juin 1898.

(2) Polype muqueux. Soc. d'oto-rhino-laryng, de Paris. nov. 1899.

(3) Polype fibro-muqueux volumineux du naso-pharynx. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1900.

(4) Trois cas de polypes muqueux des choanes. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1900.

propose, le pédicule étant solidement enserré dans une anse froide introduite par une narine, de fixer le polype au fond de la fosse nasale en introduisant le doigt dans la narine correspondante, pour éviter, quand on tire sur l'anse, de voir le polype basculer en avant. Et nous arrivons alors à la période contemporaine après avoir rencontré une observation de LECOCQ (1), qui, croyant avoir vu l'insertion du polype sur le cornet moyen arrache à la fois et cornet, et polype. Nous n'insisterons pas ici sur les méthodes actuelles ; si l'on voulait compléter cet historique du traitement, il serait facile de se rapporter à notre dernier chapitre.

(1) Polype géant de la fosse nasale. Soc. belge d'oto-rhinolaryng., juin 1906.

DESCRIPTION

A) Symptomatology subjective

Dans la symptomatologie subjective du polype choanal il faut étudier la question séparément chez les enfants et chez les adultes.

1° *Chez l'enfant*, la symptomatologie du polype choanal se confond absolument avec celle des végétations adénoïdes ; c'est celle de toutes les obstructions nasales sans rien de plus. *Il n'y a aucun phénomène douloureux.*

C'est dans l'ordre des *phénomènes sécrétoires* qu'une légère nuance pourrait être indiquée. Le polype choanal, comme les végétations, étant un obstacle au mouchage, peut, comme elles, entraîner une *stagnation muco-purulente* dans les fosses nasales. L'enfant, qui ne sait pas se moucher, présente ces phénomènes de rétention de muco-pus plus accusés que chez l'adulte qui, par mouchage ou

par raclement, arrive à nettoyer ses fosses nasales. Mais, en dehors de ce *coryza muco-purulent* banal, passif, les enfants, porteurs de polype choanaux, ont, au même titre que les adultes, *des crises hydroporrhéiques avec éternuement*. Il faut insister, en effet, sur ce symptôme très important dans les polypes choanaux. Le polype choanal appartient, comme nous le dirons au chapitre de « l'étiologie », aux polypes diathésiques vaso-moteurs qu'on rencontre chez le arthritiques, à ce que nous pourrions appeler l'œdème systématisé de la muqueuse nasale. Comme ses congénères, les polypes muqueux de même origine, le polype choanal est précédé et accompagné de crises d'éternuement et de véritables décharges hydroporrhéiques.

Le *nasonnement* est celui des végétations adénoïdes, la cause étant identique ; c'est la voix nasale fermée ou *rhinotalie fermée*.

Mais ce qui occupe le devant de la scène, ce sont *les troubles respiratoires*. La gêne de la respiration est celle qu'on rencontre dans les végétations les plus volumineuses et les conséquences de cette gêne sont les mêmes : a) *béance bucale*, b) *alourdissement des traits du visage*, par suite de cette béance buccale même et de la chute du menton qui en est la conséquence, c) *pâleur de la face*. La gêne respiratoire due à la présence des polypes choanaux est souvent méconnue et entraîne, quand elle date de plusieurs années et que son origine remonte au début de l'enfance, les mêmes

conséquences que les végétations adénoïdes : *anémie profonde, étroitesse de la cage thoracique, insuffisance de l'ampliation de la cage à chaque inspiration* avec sa conséquence, *l'atelectasie pulmonaire*. La lourdeur de tête, la fatigue rapide intellectuelle, l'aproxexie sont moins accusées que dans les végétations, la présence du polype choanal n'entraînant pas les mêmes troubles de la circulation en retour que les végétations adénoïdes, ni les phénomènes de congestion passive qui doivent être pour une part dans l'aproxexie et la céphalée adénoïdienne. Les végétations semblent aussi être le siège de sécrétions pathologiques qui peuvent entrer en ligne de compte pour donner lieu aux troubles précités.

2^o) *Chez l'adulte*, la symptomatologie subjective est identique à celle que nous venons de décrire chez l'enfant, mais elle est très atténuée. La volonté attentive de l'adulte diminue et la béance buccale et le nasonnement. Au point de vue de l'oxygène, comme au point de vue de la nutrition en général, l'adulte a de moins gros besoins que l'enfant ; il n'édifie pas, il entretient, et les troubles anémiques dus au bouchage nasal sont, chez lui, beaucoup moins intenses que chez l'enfant. Plus attentif et moins insouciant, l'adulte insiste sur *la fatigue et la lourdeur de tête qui accompagnent un travail intellectuel de longue durée, et son insupportable sécheresse de la bouche et de la langue*, au réveil, est la conséquence de la béance buccale.

Il y a cependant, tant chez l'adulte que chez l'enfant, avec l'hyrorrhée nasale et les crises d'éternuement, un autre symptôme subjectif qui peut orienter les présomptions du clinicien expérimenté vers l'idée du polype, plutôt que de toute autre cause d'obstruction. *La voie nasonnée* dans le polype est comme une *voix grelottante* qui n'est pas sourde et mate comme la voix des végétations. (Ce grelottement rappelle un petit peu celui qu'on entend lors de l'émission de la voix dans l'œdème du larynx). Mais ce n'est là qu'un point de détail sans grand intérêt clinique, car le miroir laryngien et le spéculum du nez ne trompent jamais la confiance du spécialiste et permettent toujours la certitude de l'examen objectif.

B) **Symptomatologie objective**

En présence des symptômes subjectifs d'une obstruction nasale, le médecin doit toujours examiner systématiquement le nez et le pharynx du patient. Ce double examen est indispensable, sans cela il risque de faire de grossières erreurs de diagnostic dans aucun cas plus qu'en cas de polype choanal.

L'examen des fosses nasales peut ne rien révéler ; une déviation postérieure de la cloison peut en effet masquer le pédicule d'un volumineux polype de cette catégorie.

Le miroir laryngoscopique le montrera toujours dans le pharynx ; le *miroir* est bien l'instrument d'examen du rhino-pharynx, et non pas le *doigt*, instrument brutal, qui ne reflète rien si ce n'est l'ignorance de celui qui l'impose à son patient, au lieu du miroir si doux et si précis.

Deux cas peuvent se présenter :

1^o *Le polype est très volumineux et, dépassant les limites du pharynx nasal, il pend dans le pharynx buccal derrière le voile du palais.*

Il présente l'aspect d'une *masse discrètement bosselée, blanchâtre, un peu transparente*, et le miroir donne la certitude que cette masse remplit bien le pharynx.

L'examen par la rhinoscopie antérieure viendra contrôler ces données. Dans certains cas, le *spéculum du nez* montrera dans l'une ou dans les deux fosses nasales des polypes muqueux caractéristiques ou une dégénérescence polypoïde du méat et du carnet moyens. Le diagnostic s'impose dès lors : polypes muqueux des fosses nasales, dont un choanal. Mais là n'est pas le cas le plus fréquent et, le polype choanal est *presque toujours un solitaire*. Dans certains cas les données de l'examen par la rhinoscopie antérieure seront encore très précieuses et confirmatives de l'examen postérieur. Après cocaïnisation des deux fosses nasales à la solution d'adrénaline-cocaïne, dont le pouvoir vaso-constricteur, en rétractant la muqueuse des cornets,

autorise des vues jusqu'au pharynx, l'observateur attentif verra fort bien le polype. Son œil viendra buter sur une masse *jaune, transparente, obstruant tout ou partie des choanes* selon le volume de la tumeur.

Le *stytet boutonné*, qui, dans les examens des cavités de la face, doit toujours contrôler et prolonger l'œil de l'observateur, renseignera très exactement sur la consistance, les limites probables et l'insertion du polype choanal. Cet œil, au bout du doigt, nous dira toujours *où est inséré le polype*, verra son *pédicule*, en appréciera la résistance.

Que si un doute subsistait, ou qu'une malformation des fosses nasales rendait cet ensemble d'examen impossible, on serait autorisé à rechercher avec le *doigt* des signes complémentaires. *Le toucher*, permet de reconnaître que la tumeur qui remplit le pharynx est molle, rénitente, pseudo-fluctuante (n'est-ce pas en effet une boule d'œdème ?). Si doucement pratiqué que soit le toucher, il est bien rare qu'il ne crève pas un des petits kystes qui sont presque constants dans les polypes choanaux, et *l'issue de ce liquide* permettra de faire immédiatement le diagnostic. C'est surtout quand, pour une raison ou pour une autre, la rhinoscopie antérieure n'a pas pu définir son point d'insertion, que par le doigt nous pourrions affirmer que la tumeur qu'on examine ne s'insère pas sur l'*apophyse basilaire*, mais bien *dans une des fosses nasales* ; ceci est un point essentiel permettant d'éviter une erreur

de diagnostic si souvent commise avec le polype naso-pharyngien, comme nous le verrons ultérieurement.

2^o *Le volume de la tumeur n'est pas toujours si considérable qu'elle descende dans le pharynx buccal.* Dans ce cas, le miroir nous montrera dans le cavum une masse plus ou moins volumineuse, d'un blanc jaunâtre, transparente, et les données de l'examen antérieur viendront s'ajouter, comme dans le cas précédent, au faisceau symptomatique.

Lorsqu'on surprend un polype choanal tout-à-fait au début, l'examen au miroir du pharynx nasal peut donner les symptômes suivants : *de dessous la queue du carnet moyen* pend dans le cavum une masse jaunâtre, transparente qui masque tout ou partie des choanes et la partie postérieure du cornet inférieur ; le spéculum du nez et l'œil prolongé par le stylet boutonné viendront confirmer par l'examen antérieur que cette masse réfléchie dans le miroir a bien son point de départ dans la région la plus reculée du meat moyen.

Un point doit encore retenir notre attention. Nous avons dit que le point d'insertion du polype choanal était la partie la plus postérieure du méat moyen. Nous devrions dire ce que l'on voit de l'insertion : le polype choanal vrai présente, en effet, *un pédicule mince*, caractéristique, que nous décrirons ailleurs et que nous dirons se perdre dans la profondeur du meat moyen, où son origine véritable

semble être la muqueuse du sinus maxillaire ou de l'hiatus semi-lunaire.

Nous ignorons tout des causes de cette localisation systématique. Il est un autre point sur lequel nous ne sommes pas fixés davantage, c'est le pourquoi de la très considérable prédominance des polypes choanaux à gauche. Dans presque tous les cas que nous citons, le polype choanal est inséré du côté gauche. Ce fait est si classique, qu'en cas de doute, il serait parfaitement autorisé d'en tirer une présomption.

C) Aspect macroscopique de la tumeur.

Le polype choanal est un polype *muqueux* ; il en a donc l'aspect macroscopique et les allures générales. Il en a, dans les parties protégées la *coloration jaunâtre, transparente, grain de raisin caractéristique* ; mais, de même que dans le polype muqueux banal des fosses nasales, les portions les plus antérieures, quand le polype est ancien, prennent sous l'influence des irritations extérieures un aspect gris-blanchâtre et une consistance plus ferme, le polype choanal volumineux qui descend jusque dans le pharynx buccal, subissant à ce niveau des phénomènes irritatifs, présente les altérations du polype irrité. Quand un observateur superficiel faisant ouvrir la bouche de son malade se trouve en présence d'une tumeur volumineuse, d'aspect gris-

blanchâtre, assez résistante, évoluant chez un adolescent qui, respirant mal par le nez, présente un degré plus ou moins accusé d'anémie adénoïdienne, l'erreur qu'il commet en pensant à un polype naso-pharyngien a un semblant d'excuse.

Les polypes choanaux atteignent un *volume beaucoup plus considérable* que les polypes les plus volumineux des fosses nasales proprement dites. Il n'est pas rare d'en voir atteindre le volume d'une *orange*, voire même d'une *grosse poire*.

Le polype choanal est souvent *multiloculaire* ; il présente alors une masse principale développée dans le pharynx, masse parfois régulière, mais plus souvent multilobée, et une ou plusieurs masses secondaires qui se développent du côté de la fosse nasale où il est inséré. Quand ces masses sont volumineuses, elles peuvent arriver jusqu'à l'entrée du vestibule nasal et subir, de ce fait, *des phénomènes irritatifs* analogues à ceux que nous avons décrits tout-à-l'heure. Cet aspect peut contribuer encore à faire errer le diagnostic et à faire prendre le polype choanal pour un polype fibreux naso-pharyngien. Mais le polype choanal *n'offre jamais ces prolongements envahissants qui s'insinuent dans les cavités accessoires* et envahissent les deux fosses nasales ; c'est un polype *multilobé* et non pas un polype à *prolongements multiples*.

Le polype des choanes, pour des raisons qui nous échappent, a encore une autre caractéristique, c'est d'être le plus souvent *kystique*. Lorsqu'on opère

un polype choanal, presque toujours, lors des manœuvres préparatoires, on voit sortir par le nez ou cracher par la bouche une sérosité rosée en plus ou moins grande abondance : c'est un kyste superficiel dont sort le contenu. Le polype enlevé, il est constant d'y rencontrer plusieurs kystes, profonds ou superficiels, de volume variable. Cette allure kystique du polype choanal nous sera expliquée par sa texture histologique. Ces kystes sont constitués par l'écartement des fibres conjonctives sous la poussée de l'exudat qui constitue ces tumeurs ; ils contribuent, pour une grande part, à donner au polype ses dimensions parfois considérables.

Mais ce qui individualise essentiellement le polype choanal, c'est la constitution de son pédicule et son insertion. Par suite d'étroitesse des fosses nasales ou de malformation de la cloison, un polype banal peut se trouver dans l'obligation d'accepter l'habitat pharyngé au lieu de ses préférences nasales ; c'est un polype accidentellement *choanalisé* ; c'est un intrus de circonstance, ce n'est pas un polype choanal. Nous reviendrons au chapitre « Diagnostic » sur les différences qui séparent le vrai du faux polype choanal. Le faux polype choanal s'insère en un point quelconque de la muqueuse du méat moyen, par un pédicule quelconque. Le vrai polype choanal s'insère toujours : a) *sous la queue du cornet moyen* ; b) *par un pédicule long et grêle*.

a) *Sous la queue du cornet moyen.* — L'insertion

du pédicule du polype choanal est mathématiquement dans la profondeur, très probablement *dans le sinus maxillaire* ou au pourtour de son orifice, à la partie la plus postérieure du méat moyen. Cette insertion postérieure avait même accrédité autrefois l'opinion que l'origine du polype choanal était le bourrelet fibreux qui borde les choanes. C'est là une erreur certaine et l'interprétation allemande qui fait du sinus le lieu d'origine du polype choanal a de nombreux arguments qui militent en sa faveur : 1^o les mêmes facilités de la muqueuse du sinus à faire du polype que la muqueuse des fosses nasales ; 2^o la constatation fréquente de polypes dans le sinus maxillaire, lors d'interventions sur cette cavité ; 3^o l'impossibilité de voir par la rhinoscopie l'insertion exacte du pédicule qui se perd toujours dans la profondeur ; 4^o le fait souvent raconté par les malades d'une brusque obstruction nasale survenue après un mouchage un peu fort, et la constatation par le spécialiste de la présence d'un polype apparu tout-à-coup à la suite de cet effort et depuis longtemps préformé quelque part, ce quelque part étant forcément le sinus ; 5^o tous les curettages ne peuvent empêcher la récurrence du polype choanal, à cause de l'impossibilité d'atteindre, par le procédé endonasal, son point réel d'insertion.

b) *Par un pédicule long et grêle.* — Lorsqu'on a enlevé un polype choanal et qu'on l'examine, on trouve, à l'un de ses pôles, un petit cordon blan-

châtre, vermiculaire : c'est le pédicule. Il y a entre la masse polypeuse et ce pédicule une disproportion flagrante et typique. S'il nous était permis d'employer une comparaison vulgaire, le volume du polype par rapport au pédicule évoque le souvenir des cucurbitacés dans leur monstrueux développement sur un grêle pédoncule. Ce pédicule est assez *riche en tissu élastique* et assez *résistant* ; aussi est-il fréquent que la légère traction nécessaire pour le rompre entraîne, à sa suite une petite lamelle osseuse. Ce fait n'est pas pour déplaire à l'opérateur, car, quand il se réalise, il est la promesse d'une guérison radicale sans récurrence. Quand le pédicule seul cède à la traction, il y a, au contraire, des chances de récurrence qu'à l'heure actuelle aucun signe clinique ne nous permet de prévoir exactement. Ce lieu d'insertion, cette forme d'insertion commandent la symptomatologie du polypé choanal.

Une de ses particularités anatomiques est *sa tendance à la récurrence*, et ces récurrences sont quelquefois nombreuses, se reproduisant probablement jusqu'au jour où une traction particulièrement heureuse entraîne avec le polype sa raison d'être, c'est-à-dire le pédicule avec son insertion. — Une autre caractéristique, avec la *facilité* de ces récurrences est la *rapidité* de ces récurrences. Le polype choanal paraît s'accroître rapidement et acquérir assez vite un volume considérable. Dans les cas à récurrences, on le voit se reformer en *trois mois, six mois, un an*,

aussi volumineux que lors de la première ablation. Mais *cet accroissement n'est pas indéfini*, car, dans les observations où, par suite de refus opératoire, on a pu suivre pendant des années des polypes choanaux, ils ont conservé pendant longtemps un volume sensiblement identique. C'est là, une différence essentielle avec le polype fibreux naso-pharyngien qui, bénin lui aussi comme nature histologique, devient une des pires tumeurs malignes du fait de son accroissement indéfini et de l'envahissement progressif des cavités accessoires de la face. Si nous voulions schématiser la direction d'évolution de ces deux sortes de tumeurs, nous pourrions dire : « polype choanal = départ, cavité de la face, évolution limitée nez et pharynx ; polype naso-pharyngien = départ pharynx, évolution illimitée nez et cavités de la face. »

D) **Nature histologique**

Le polype choanal, comme les autres polypes muqueux des fosses nasales, est, selon l'expression de SEIFERT et KAHN (1) (voir Jacques, de Nancy), « *un fibroïde, oedémateux* », c'est-à-dire *une tumeur constituée par une trame de fibres conjonctives orientées parallèlement les unes aux autres en lames concentriques plus ou moins dissociées ou tassées*, et

(1) Atlas der Histopathologie der Nase. Berlin. 1895.

d'un exsudat compris entre les mailles de ce stroma, exsudat que l'examen chimique montre analogue au sérum sanguin, dans lesquels les réactifs décèlent de l'*albumine*, mais jamais de *mucine*. Ce n'est donc pas, non plus que les autres polypes du nez, un « *myxome* », comme on le pensait autrefois.

Cette nature histologique, l'absence dans ces tumeurs de cellules libres du tissu conjonctif à métabolisme possible, expliquent la bénignité constante du polype choanal.

La *dégénérescence* du polype choanal en tumeur maligne n'est *jamais citée* ; nous relatons une observation bien concluante où, malgré l'âge du malade, la durée paradoxale de l'affection sans ablation du polype, les conditions d'irritation mécanique, le polype choanal est toujours resté histologiquement identique à lui-même. C'est moins, en effet, une tumeur qu'une *boule d'œdème*.

JACQUES se demande *si l'hypertrophie se produit avant l'œdème ou l'œdème avant l'hypertrophie*. Il arrive à des conclusions qui nous paraissent justes, parce qu'elles sont libérales et qu'elles admettent les deux possibilités. Quand les polypes succèdent à des phénomènes d'irritation extérieure, le tissu conjonctif réagit d'abord ; mais, dans les cas nombreux (et le polype choanal paraît appartenir à cette

(1) Des dégénérescences bénignes de la muqueuse ethmoïdale. Causes et traitement. Soc. franç. d'oto-rhino-laryng. 1903.

catégorie) où les polypes muqueux paraissent commandés par un état diathésique et des phénomènes vaso-moteurs, *l'œdème semble bien être primitif.*

Que la sérosité qui constitue le polype muqueux vienne à écarter les fibres conjonctives qui constituent la trame, et nous aurons *les kystes* qu'on rencontre si fréquemment dans les polypes choanaux.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — D^r LE MARC'HADOUR.

Antoinette B..., 13 ans, est conduite par ses parents, parce qu'elle respire mal par le nez, se développe mal, s'enrhume tous les hivers et que deux cousins à elle ont été très améliorés de troubles semblables par l'ablation de végétations.

L'enfant est en effet petite, mal développée pour son âge; elle est pâle, a la poitrine étroite, sans aucun trouble rachitique et présente une très légère déviation de la colonne vertébrale.

A l'examen au miroir, on trouve, non pas des végétations adénoïdes, mais une grosse masse translucide, remplissant tout le pharynx nasal, un polype choanal en un mot. La rhinoscopie antérieure confirme ce diagnostic en permettant de voir, par la narine gauche, un prolongement du polype.

L'enfant étant particulièrement indocile, l'ablation est pratiquée sous chloroforme par le procédé de l'anse rétro-

grade. — Comme il est très fréquent dans ces cas, au moment du serrage de l'anse, il sort une quantité assez abondante d'un liquide citrin ; le polype est kystique.

La tumeur ainsi enlevée présentait au moins le volume d'une bonne orange. Elle s'implantait par le mince pédicule classique au lieu d'élection, la partie la plus postérieure du méat moyen. Comme toujours, hémorrhagie peu abondante et rapidement arrêtée. La respiration nasale est immédiatement rétablie.

L'enfant reste ainsi soulagée pendant six mois. Au bout de ce temps, les troubles reparaissent et on nous la reconduit avec une récurrence de son polype qui est enlevée par les mêmes moyens. Il se fait ainsi des séries de récurrences successives qui ramènent régulièrement pendant 2 ans la patiente en mai et en octobre. La 3^{me} année, la repousse du polype fut beaucoup plus discrète (dans les 4 premières récurrences, le polype était à peu près aussi volumineux que la première fois.) Le petit polype récidivé pouvait très bien être enlevé par la fosse nasale. Actuellement, la malade a 16 ans. Grâce au rétablissement de la perméabilité nasale, elle s'est normalement développée, son teint pâle est remplacé par une mine florissante, sa taille s'est redressée et sa poitrine est normalement constituée.

OBSERVATION II. — D^r LE MARC'HADOUR.

M. B....., de T....., 47 ans, de santé délicate, est gêné depuis quelques années, la respiration nasale étant devenue complètement impossible. Il présente aussi des migraines, particulièrement intenses quand il a travaillé longtemps.

A l'examen objectif, par la rhinoscopie antérieure, il est impossible de rien voir, le malade ayant à droite une narine fort étroite et à gauche un volumineux éperon de la cloison qui borne les regards. Mais à peine a-t-on placé l'ouvre-bouche pour pratiquer une rhinoscopie postérieure que le diagnostic s'impose. Il existe en effet, derrière le voile du palais, une volumineuse tumeur descendant dans le pharynx buccal qui ne peut être qu'un polype choanal ou un polype naso-pharyngien. Ce n'est pas un polype naso-pharyngien, car il n'en présente ni la symptomatologie subjective, ni objective. C'est donc un polype choanal. L'examen soigneux au stylet, par la rhinoscopie antérieure, permet d'affirmer son insertion dans la fosse nasale gauche. L'éperon de la cloison, rendant tout à fait impossible l'action sur le pédicule, l'ablation de ce volumineux éperon est pratiquée au préalable. Le polype est alors enlevé par le procédé simple d'arrachement. Ceci avec un minimum de douleur et d'hémorrhagie qui ravit un malade assez pusillanime. C'était un polype choanal classique, à petit pédicule inséré à la partie la plus postérieure du méat moyen gauche.

Le polype, comme presque toujours dans le polype choanal vrai, était multikystique, présentait au moins 2 ou 3 petits kystes. Il était assez régulièrement piriforme, et avait les dimensions d'une poire de moyenne grosseur.

L'amélioration fut parfaite. Le malade est en surveillance à cause des récidives toujours possibles.

OBSERVATION III. — Dr Le MARC'HADOÛR.

X..., 8 ans. L'enfant présente une grande gêne de la respiration nasale. Le diagnostic de végétations adénoïdes a été portée dans un dispensaire et la curette à végétations a

été promenée dans son rhino-pharynx, sans amener du reste aucune amélioration.

L'examen attentif fait reconnaître un polype choanal assez petit, s'insérant dans la fosse nasale gauche qui est complètement oblitérée et obstruant en partie la choane opposée. L'erreur de diagnostic est due à ce que l'examen a été pratiqué par le toucher, méthode brutale et qui ne peut donner qu'une indication, à savoir, qu'il y a quelque chose de mou dans le pharynx, sans pouvoir, en aucune circonstance, en préciser la nature. L'examen au miroir et au spéculum permet, au contraire, une précision absolue.

L'enfant, particulièrement indocile, ne fut pas suivi, mais cette observation nous a paru cependant intéressante à rapporter, en ce qu'elle nous montre l'erreur fréquente de diagnostic entre le polype choanal et les végétations adénoïdes et l'inutilité de l'application du traitement de celles-ci à celui-là.

OBSERVATION IV. — D^r LE MARC'HADOUR.

Madame de X..., 33 ans. Migraines fréquentes. Depuis de longues années, hydroporrhée nasale, coryza matutinal. Depuis quelque temps, à ces troubles anciens, s'est ajoutée une gêne respiratoire très pénible.

A l'examen objectif, on constate, par la rhinoscopie postérieure, une petite tumeur transparente dans la choane gauche, empiétant sur la cloison et la choane droite qui est également partiellement obstruée. La rhinoscopie antérieure confirme le diagnostic de polype choanal avec insertion gauche. L'étroitesse des deux fosses nasales rend impossible l'ablation par morcellement et par la voie antérieure. Le

releveur du voile, en mettant sous l'œil et sous la main de l'opérateur le pharynx nasal, permet de saisir, sous le contrôle du miroir, la tumeur choanale dans une pince à végétations. Le plus gros de la tumeur est ainsi enlevé ; le pédicule peut ensuite être saisi à l'anse par la voie nasale. Le soulagement est immédiat. La respiration nasale se rétablit ; mais la patiente reste sujette à ses coryzas et ses crises d'hydrorrhée qui ne sont améliorés que par le traitement général diététique.

La malade est revue au bout de 6 mois. Elle présente une légère récidue, mais le petit polype ainsi récidivé est si peu volumineux qu'il peut être saisi à l'anse par la fosse nasale.

OBSERVATION V. — D^r LE MARC'HADOUR

Monsieur B..., 65 ans. Le malade vient consulter en 1897. Il se plaint d'obstruction nasale. Il a été opéré il y a quelques années par un spécialiste qui lui aurait enlevé de volumineux polypes, surtout à droite. L'ablation des polypes aurait été suivie d'une hémorragie assez prolongée qui a laissé un mauvais souvenir au malade ; aussi a-t-il mis des années avant de se décider à consulter à nouveau.

Les 2 fosses nasales sont obstruées par des polypes et lorsque l'on examine la gorge on trouve une grosse masse en battant de cloche qui paraît derrière le voile. Le volume de cette masse pharyngée doit être considérable ; il remplit complètement le pharynx nasal. L'âge du malade, l'absence d'hémorragie spontanée et de phénomènes névralgiques irradiés, infirme l'idée du polype fibreux. Le diagnostic qui s'impose est : polypes muqueux,

avec un volumineux polype choanal. L'examen d'un fragment confirme ce diagnostic et l'ablation des polypes est proposée.

De volumineux polypes sont enlevés dans la fosse nasale gauche avec l'arrière pensée de faire une voie pour l'anse rétrograde et l'ablation du polype choanal. L'opération s'accompagne d'un suintement sanguin assez abondant, qui ne dépasse guère cependant ce que l'on voit dans les vieux polypes muqueux un peu enflammés ; il ne nécessita même aucun tamponnement. Le malade, très pusillanime, baptisa cette perte de sang « d'hémorrhagie » et se refusa à toute autre intervention, déclarant qu'il avait vécu ainsi depuis longtemps et qu'il pouvait continuer à vivre de la sorte.

Tous les ans cependant, pendant 10 ans, il revint 2 fois par an montrer son nez. Il nous a été possible de constater ainsi, que le polype choanal peut rester pendant de longues années, même chez un homme âgé, sans subir de dégénérescence histologique et sans augmenter beaucoup de volume.

Le malade est mort comme il l'avait dit, sans être plus incommodé par son polype que lors de sa première visite et sans autres modifications dans les symptômes subjectifs. Le polype choanal, qui, lors des récidives, reprend très rapidement son volume primitif (en 6 mois ou 1 an) paraît alors ne plus subir de modifications bien considérables pendant de longues années.

OBSERVATION VI. — D^r LE MARC'HADOUR.

Mlle X..., 18 ans. Gêne respiratoire et ronfle la nuit.

À l'examen, on constate dans la fosse nasale gauche un peu de muco-pus dans le méat moyen, avec de la dé-

générescence polypoïde de la muqueuse du méat et, en arrière, une masse polypeuse qui bouche la choane. A la rhinoscopie postérieure : polype choanal obstruant le choane gauche et les 2/3 de la choane droite.

Le polype est enlevé par le procédé du morcellement trans-nasal. La respiration nasale se rétablit immédiatement.

Après le déblaiement du nez, il subsiste un peu de dégénérescence polypoïde avec muco-pus dans le méat moyen, le tout dû à de l'ethmoïdite post-grippale avec infection du groupe moyen ethmoïdal surtout. Le méat moyen est curetté et la malade est suivie régulièrement pendant 2 ans, où elle vient se faire examiner tous les 6 mois. Elle fait une ou deux petites récurrences discrètes de son polype choanal. Puis tout finit par rentrer dans l'ordre ; elle est actuellement guérie, et de son polype choanal, et de son ethmoïdite supprimée.

OBSERVATION VII. — D^r LE MARC'HADOUR.

Monsieur X..., 74 ans. Vient consulter pour une gêne de la respiration nasale.

La fosse nasale droite est obstruée par un volumineux polype inséré très en arrière et dont la vue est rendue difficile par une déviation postérieure de la cloison qui rétrécit singulièrement la fosse nasale. C'est la rhinoscopie postérieure qui permet de préjuger du volume du polype en le montrant débordant dans le pharynx nasal. Ce polype, qui doit être de date ancienne, car la gêne éprouvée par le malade remonte à des années, est loin d'avoir cependant le volume d'un vrai polype choanal.

Comme le montra son ablation à l'anse, c'était un polype à insertion assez large, formé aux dépens de la partie la plus reculée du méat moyen. Ce n'était point un vrai polype choanal ; c'était un polype choanalisé, sans pédicule.

Le malade, revu trois mois après l'opération, se déclarait satisfait, et n'avait aucune récurrence ; il s'agissait là d'un polype très postérieur qui, gêné dans son développement par la déviation de la cloison, s'était développé du côté du pharynx nasal.

OBSERVATION VIII.— D^r LE MARC'HADOUR.

Monsieur P..., 63 ans, est gêné depuis de longues années par des polypes des fosses nasales. Le malade, très pusillanimité, a subi il y a quelques années une tentative d'ablation un peu brutale qui l'a rendu rebelle à toute nouvelle intervention. Il se décide cependant à consulter à nouveau.

Les 2 fosses nasales sont remplies de polypes multiples dont l'ablation laisse toujours des 2 côtés un gros polype à insertion postérieure développé dans le rhino-pharynx. L'un de ces polypes, celui de droite, est nettement un polype choanal, il en a le volume, la constitution multilobée et kystique et le pédicule caractéristique long, mince et inséré sous la partie la plus postérieure du cornet moyen, dans le sinus selon toute vraisemblance.

OBSERVATION IX.— D^r LE MARC'HADOUR.

Monsieur P..., 16 ans. Ce jeune homme se plaint de fatigue, de lassitude. Il est, en effet, très pâle, étroit d'épaules, et présente tous les attributs extérieurs des enfants qui font de l'anémie par gêne respiratoire.

Il y a bien quelques irrégularités dans le pharynx, / mais la cause vraie de cette obstruction est un volumineux polype choanal gauche qui obstrue toute la choane gauche et une grande partie de la choane droite. La rhinoscopie antérieure permet de reconnaître, en plus de ce polype choanal, une dégénérescence polypoïde assez accentuée de la muqueuse du méat moyen de ce côté. Le côté droit montre aussi de la dégénérescence polypoïde de la muqueuse du cornet moyen. Cet enfant est, du reste, un arthritique présentant depuis longtemps des crises hydrorrhéiques et du coryza fréquent.

Le polype choanal fut enlevé, le méat moyen nettoyé pour la plus grande satisfaction du malade. Mais, actuellement encore, nous devons lutter contre les récidives.

OBSERVATION X. — D^r BOULAY.

Mme R... 52 ans, se plaint d'obstruction nasale surtout à gauche, et de crises de rhinorrhée depuis 1 an 1/2. Elle a été soignée pour un rhume des foins et traitée sans résultat par des cautérisations au galvano.

La grande étroitesse des deux fosses nasales, compliquée d'une déviation de la cloison à gauche, rend l'examen rhinoscopique très difficile. Toutefois l'exploration au stylet, l'éclairage intense de la cavité nasale après application de cocaïne et d'adrenaline permettent de pressentir l'existence d'une masse néoplasique dans la région choanale. La rhinoscopie postérieure confirme ce diagnostic en montrant la choane gauche obstruée par une masse grise, lisse, sphérique, qui fait hernie en arrière et s'accroche à la voûte du pharynx. Après cocaïnisation, on introduit une pince à vé-

gétations dans le cavum et on saisit la tumeur qui est extraite d'un seul coup et dans son entier, après un léger effort d'arrachement. Le polype, de consistance ferme, du volume d'une noix décortiquée, avait l'aspect habituel des polypes fibro-muqueux.

Soulagement immédiat, cessation des crises de rhinorrhée, mais amélioration incomplète de la respiration. Dans les jours suivants, ablation par la narine de deux polypes du méat moyen. Rétablissement complet de la respiration. Un an après, récurrence du polype du méat moyen, mais non du polype choanal.

OBSERTATION XI. — D^r BOULAY.

Le nommé B. C...^o, âgé de 60 ans, se plaint de mal respirer par le nez depuis plusieurs années, sans d'ailleurs être gêné outre mesure, car il ne vient consulter que sur les conseils d'un ami qui, lui trouvant une voix des plus sourde et nasonnée (rhinolalie close), l'a décidé à venir nous trouver. Pas de trouble de la déglutition.

La fosse nasale gauche est obstruée dans sa partie profonde par une masse d'un gris rosé qui remplit toute la choane : cette masse semble insérée dans le meat moyen. Elle descend en arrière dans le pharynx nasal et presque dans le pharynx buccal.

La bouche étant ouverte, on voit le polype descendre derrière la luette jusqu'à un centimètre au-dessous de son extrémité libre. Dans les efforts nombreux l'épiglotte vient presque toucher l'extrémité inférieure du polype.

Le cavum est complètement rempli par le polype qui refoule le voile en avant.

Ablation à l'anse introduite d'abord par la fosse nasale gauche, puis ramenée dans la bouche et chargée sur le polype à l'aide de l'index introduit dans le cavum.

Le polype, piriforme, de 8 centimètres de longueur sur cinq centimètres de largeur dans sa partie renflée, était inséré par un pédicule de 4 millimètres de diamètre dans la partie moyenne du meat moyen. Pas d'autre polypes.

Examen histologique, dû à l'obligeance du Dr Emile WEIL :

Nous avons pratiqué des coupes après inclusion à la paraffine des fragments qu'on nous a remis.

L'aspect de la tumeur est partout assez uniforme. Elle se compose de cellules et d'un tissu intermédiaire ; elle est recouverte à sa périphérie par un épithélium.

Le tissu intermédiaire est formé par des fibrilles conjonctives, fines, ondulées, disposées sans ordre et s'entrecroisant. Elles sont dissociées par un œdème interstitiel extrêmement marqué et qui donne d'abord au tissu l'apparence myxomateuse. Il en est surtout ainsi dans les parties centrales de la tumeur, où les cellules sont peu nombreuses. La richesse cellulaire du polype est beaucoup plus grande à la périphérie, le tissu intermédiaire y est également peu abondant ; aussi la tumeur y paraît-elle plus dense.

Les cellules contenues dans la tumeur sont de plusieurs types :

a) *De grandes cellules à noyau ovalaire*, clair, non granuleux, pourvu d'un fin nucléole bien coloré. Le protoplasma de ces cellules, plus ou moins abondant, fixe bien les couleurs acides, moins bien les couleurs basiques. Ces cellules sont allongées, ont de très longs et fins prolongements,

et quelques unes donnent tout à fait l'impression de cellules vaso-formatrices.

b) *Des cellules un peu moins grandes*, de forme irrégulière, à protoplasma clair, avec des prolongements rameux et dont le noyau est gros, irrégulier, triangulaire par exemple, possédant un nucléole. Ces cellules se rapprochent beaucoup des cellules muqueuses.

c) *De nombreuses plasmazellen*, avec un noyau excentrique et leurs caractères ordinaires.

d) Dans les parties périphériques, *des cellules éosinophiles* peu abondantes.

e) Enfin, on peut voir quelques amas *de cellules embryonnaires* en certains points.

Tels sont les types cellulaires de cette tumeur.

Les *vaisseaux* sont nombreux ; on les trouve dans les parties périphériques surtout. Ce sont des néo-capillaires, contenant des globules rouges, et pas de leucocytes ; sous la muqueuse même, les capillaires sont abondants au point de donner au tissu un aspect d'angiôme caverneux. Plus profondément, les vaisseaux sont plus volumineux. Il n'est pas facile de reconnaître les artères et les veines. Tous ces vaisseaux ont une paroi propre ; mais les uns ont une paroi mince, à peine différenciée de la tumeur et que couvre une couche endothéliale bien nette ; les autres ont une paroi extrêmement épaisse et bourgeonnante. On peut dire qu'il y a une vascularité marquée ; on rencontre même quelques gros vaisseaux, dont la lumière est presque fermée.

Vers le centre de la tumeur, les vaisseaux disparaissent, mais on y trouve des *carités* non vasculaires, non tapissées par un endothélium ; leur forme est irrégulière, leurs

dimensions variables. Elles renferment un contenu granuleux, qui se colore en rose par l'éosine, en bleu par la thionine et le bleu polychrome. Sur presque toute la surface de la tumeur, on peut retrouver *un épithélium*. Cet épithélium ne repose pas sur une boscument-membrane ; ses cellules reposent directement sur le tissu néo plasique. Par points, la muqueuse possède trois à quatre couches de cellules polymorphes, qui renferment un gros noyau clair, avec des grains plus colorés de chromatine. Dans cet épithélium stratifié, les cellules superficielles ne diffèrent pas des cellules des couches profondes ; elles ne s'aplatissent pas, elles ne sont pas ciliées. Dans d'autres places, l'épithélium ne possède qu'une seule couche de cellules polygonales. Enfin, en de rares endroits, on ne peut en constater ; que la muqueuse ait disparu artificiellement ou pendant la vie.

On ne rencontre *pas de micro-organismes* sur les coupes de la tumeur.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Sous quelle influence naît le polype choanal ?

Nous n'avons pas sur ce point de notions plus précises que sur la genèse des autres polypes muqueux des fosses nasales. Nous pourrions cependant diviser ces causes en deux catégories.

a) **Causes extérieures :** 1^o *Irritatives* : humidité, poussières, froid, etc.

2^o *Infectieuses* : coryza grippal, ethmoïdite suppurée entraînant un état irritatif prolongé de la muqueuse du méat moyen.

b) **Causes autochtones.** — Dans les cas les plus fréquents, l'interrogatoire ne décèle aucune origine irritative extérieure. Les malades porteurs de ces polypes sont des *arthritiques*, sujets depuis de longues années au coryza hydror-

rhéique matutinal, aux rhinites spasmodiques apériodiques ou périodiques (rhume des foins). Il est en effet des plus fréquent d'assister à l'histoire clinique suivante : un malade vient consulter parce que, depuis des années ou des mois, il souffre de crises d'éternuement, suivies de décharges hydarrrhéiques, le matin au réveil ; les crises durent plus ou moins longtemps, cessent au bout de quelques instants ou de quelques heures, et tout rentre dans l'ordre. Les premiers examens des fosses nasales ne décèlent rien. Si ces troubles persistent durant plusieurs mois, l'on constate un état polypoïde de la muqueuse du cornet moyen, puis, plus tard, du polype muqueux véritable. Ces polypes sont la conséquence et l'aboutissant de l'imbibition, de l'œdème de la muqueuse par les troubles vaso-moteurs et les crises hydrorrhéiques qui en sont la conséquence.

Souvent l'asthme qui vient compléter ce trépied symptomatique (*hydrarrhée, polypes et asthme*) vient donner à ces polypes leur signature véritable, leur signification de manifestation arthritique. Il y a des arthritiques dont la muqueuse nasale fait du polype, comme il y en a dont la peau fait du molluscum ou le tissu conjonctif du lipome. Le polype choanal paraît être presque exclusivement un polype vaso-moteur et arthritique.

Age : Le polype choanal n'a pas de préférences d'âge bien marquées.

Comme il ressort des observations que nous

publions, on le rencontre aussi bien dans *la vieillesse* que dans *l'âge moyen* de la vie.

L'enfant présente aussi du polype choanal, et c'est là un point sur lequel nous devons insister. Le polype muqueux des fosses nasales n'est pas fréquent chez l'enfant ; il est assez facile de comprendre pourquoi. Il est moins soumis que l'adulte aux causes extérieures qui peuvent irriter la muqueuse nasale, les sinusites sont rares dans l'enfance et les manifestations arthritiques ont, à cet âge de la vie, d'autres préférences. Le polype choanal est celui que l'on rencontre le plus fréquemment chez l'enfant, mais nous ignorons de façon absolue pourquoi la plus grande fréquence de cette localisation particulière dans le jeune âge. Nous devons la signaler, car c'est là une cause trop souvent méconnue d'obstruction nasale : Gêne respiratoire et végétations adénoïdes : tel est en effet le schéma classique ; il faut cependant penser à la cause que nous indiquons.

Sexe : Il nous a semblé que les polypes choanaux étaient *un peu plus fréquents chez l'homme que chez la femme*. Les cas publiés ne constituent pas un pourcentage suffisant pour que cette appréciation ait la valeur d'une affirmation statistique. Nous la formulons comme une opinion d'attente.

Nous avons au chapitre « Description » insisté sur la formation de la boule d'œdème qu'est le polype choanal ; nous n'avons pas à revenir sur sa constitution.

DIAGNOSTIC

1° Avec les végétations adénoïdes.

Le diagnostic différentiel, des végétations adénoïdes et du polype choanal, semble à priori inutile, tant la symptomatologie des végétations est devenue banale est classique. Cependant de nombreux cas d'erreur constatés nous font un devoir de revenir sur ce point. Pour beaucoup de praticiens non spécialistes « obstruction nasale = végétations adénoïdes ». Cette proposition simpliste a pour excuse *la grande fréquence des végétations* qui constitue, il est vrai, la cause habituelle de la gêne respiratoire chez l'enfant. Cette même erreur commise par un spécialiste est beaucoup plus coupable, car un examen attentif permet de l'éviter.

La rhinoscopie antérieure montre, ou des lobes de la tumeur développés dans le nez qui ne lais-

sent pas place à une erreur de diagnostic, ou l'aspect lisse, transparent d'un polype muqueux. Au lieu d'avoir l'œil limité par une masse jaunâtre, lisse et régulière, l'observateur, dans les végétations, aperçoit dans la profondeur un voile mamelonné, descendant aussi bas symétriquement au niveau des deux choanes.

Dans le polype choanal, *le miroir pharyngien* montre une tumeur transparente, régulière, masquant en général la totalité d'une ou des deux choanes. Les végétations adénoïdes se présentent au contraire sous la forme d'une masse irrégulière, mamelonnée, parfois en stalactites, *mâte*, blanchâtre ou rouge, si elles sont enflammées, mais n'ont jamais cette *transparence en grain de raisin* caractéristique du polype choanal. Pour un œil éduqué l'erreur est impardonnable.

En cas de doute, mais ce doute nous paraîtrait indiquer, de la part du médecin, une singulière ignorance de son métier, *le toucher*, auquel nous répugnons, l'enlèverait immédiatement, les végétations donnant à la pulpe de l'index, la sensation de *tumeur mollassse, d'un paquet de ver de terre situé et inséré sur la partie médiane du pharynx et autorisant toujours l'exploration des deux choanes*. Le polype choanal dit, au contraire : *tumeur tisse ou légèrement bosselée, rénitente, non insérée au plafond du pharynx et défendant toujours, par son insertion choanale, l'introduction de la pulpe de l'in-*

dex dans la choane d'insertion. Quand le polype est petit, on a même l'impression que l'on peut repousser tout ou partie de cette tumeur dans les fosses nasales.

2° Avec la queue de cornet.

Il est une affection fréquente avec laquelle on peut confondre le polype choanal au début, c'est l'hypertrophie de la partie postérieure du cornet inférieur, ce que les spécialistes appellent la queue de cornet. Dans les deux cas : gêne respiratoire, surtout unilatérale ; tumeur remplissant une choane et en sortant bien nettement à l'examen au miroir. Dans les deux cas aussi, à la *rhinoscopie antérieure*, une masse rétro-choanale venant de la paroi externe du nez. *Le toucher*, si l'on croit devoir y recourir, ne fixera pas les idées. Il dira, avec son habituelle obscurité : plafond du cavum libre, masse molle, sortant de la choane et y rentrant partiellement sous la pression du doigt.

Un examen plus attentif permettra toujours de faire le diagnostic. La queue du cornet n'est pas lisse comme le polype choanal, mais le plus souvent *muriforme* ; sa couleur est, ou *blanchâtre* s'il s'agit d'un cornet dégénéré, ou *rougeâtre* si c'est un cornet congestif, elle ne présente jamais la couleur *transparente* du polype muqueux.

Les données du *stylet*, cet auxiliaire indispensable du spécialiste, enlèveront les moindres doutes.

Il sera toujours loisible d'aller, par la rhinoscopie antérieure, explorer avec un stylet boutonné la fosse nasale obstruée. Celui-ci soulèvera dans le polype choanal *une masse qu'il pourra accompagner jusqu'à son insertion dans le méat moyen* ; dans la queue du cornet, le même stylet permettra de décèler *la continuité de la muqueuse du cornet inférieur avec cette partie hypertrophiée* qui est la queue du cornet. Il ne peut avec le stylet y avoir aucune erreur de diagnostic.

3° Avec l'obstruction choanale congénitale.

Une affection rare, mais qui peut être confondue à la rigueur avec le polype choanal, c'est l'obstruction choanale congénitale. Il existe une malformation pouvant longtemps passer inaperçue qui est l'imperforation congénitale d'une fosse nasale et son obstruction par un plan ostéo-fibreux.

Dans ce cas : 1° la *rhinoscopie postérieure* montre l'*obstruction de la choane*, sans qu'il soit possible de discerner les reliefs normaux de l'arrière fosse nasale ; 2° le *doigt* donne une *sensation de densité* à cette obstruction que n'a pas le polype ; 3° l'*examen au stylet* révèle une surface régulière, un *plan résistant* qui signe le diagnostic pour qui sait la possibilité de cette affection.

4^e Avec le polype naso-pharyngien

C'est avec le polype naso-pharyngien que le polype choanal est le plus souvent et le plus facilement confondu. Cette erreur de diagnostic a même reçu la consécration de publications qui traînent dans la littérature médicale, où de superficiels observateurs s'enorgueillissent d'admirables guérisons de polypes naso-pharyngiens, affections graves ; ils n'ont, en réalité, très utilement, mais plus modestement guéri qu'un polype choanal. Bien des points de rapport entre ces deux affections peuvent partiellement excuser l'erreur commise. Il est malheureux que les livres classiques, dans la description du polype naso-pharyngien, n'éveillent pas l'attention du clinicien sur la possibilité de cette erreur. Cherchons maintenant les rapports et les dissemblances qui nous permettent de faire le diagnostic.

Les deux affections ont une *prédilection pour l'adolescence* ; le polype naso-pharyngien est même essentiellement une tumeur de cet âge de la vie.

a) *Symptômes subjectifs.* — Le polype naso-pharyngien et le polype choanal entraînent du *nasonnement* et de la *gêne respiratoire* ; mais, tandis que nous avons signalé et fait ressortir qu'en dehors de quelques vagues lourdeurs de tête, le polype choanal était indolore, le polype naso-pharyngien donne lieu à des douleurs névralgiques atroces

dues à l'envahissement des cavités accessoires, à l'érosion et à l'usure des os de la face sous la pression de la tumeur qui, dans son évolution progressive, envahit et détruit tout. Il y a aussi dans la symptomatologie du polype naso-pharyngien un autre symptôme cardinal qui fait complètement défaut dans l'affection que nous décrivons : ce symptôme, c'est l'hémorrhagie spontanée, abondante, grave, à répétition caractéristique du polype fibreux.

Il faut aussi un examen bien superficiel pour confondre l'anémie due à la gêne respiratoire du polype muqueux, avec l'anémie grave de l'autre affection où, à la gêne de la respiration, viennent s'ajouter deux facteurs : les hémorrhagies répétées et les toxines dialysantes.

b) *Symptômes objectifs.* — L'erreur de diagnostic n'est possible qu'à la période de début. Lors des déformations ultimes où les os de la face usés et disloqués laissent de toute part passer des prolongements de la tumeur, elle est impossible. Mais, au début, il peut y avoir quelques similitudes superficielles, surtout dans le cas où le polype choanal volumineux envoie à la fois un lobe dans la fosse nasale et un lobe dans le pharynx buccal. Dans les deux cas en effet, on constate alors une tumeur remplissant cavum et fosse nasale, et la couleur blanchâtre des portions du polype muqueux irrité ressemble un peu à celle du polype naso-pharyngien ; mais là

s'arrêtent les ressemblances. Un examen plus minutieux fera constater la transparence du polype muqueux, sa *consistance rénitente* au lieu de la *densité ligneuse* du polype fibreux, et surtout et avant tout *l'insertion basilaire et toujours médiane* de l'un, *l'insertion toujours latérale et choanale* de l'autre. (Il résulterait de recherches récentes faites à l'étranger que l'insertion vraie du polype naso-pharyngien ne serait pas l'apophyse basilaire, mais l'angle du pharynx dans la région de la fosse ptérygoïdienne. C'est là un point d'importance secondaire). Le principe essentiel que nous avons établi reste tout entier, à savoir que l'insertion du polype choanal est *intranasa'e*, l'autre *pharyngée*. Il y a là un article de foi, un dogme absolu qui ne laisse place à aucune erreur ; il n'y a pas, comme l'ont voulu faire certains auteurs, de cotte mal taillée entre le polype fibreux et le polype muqueux, selon le plus ou moins de tissu fibreux et de fibres élastiques ; il y a *le polype fibreux basilaire* et *le polype muqueux choanal*.

5° Avec les lymphadénômes

Citons encore, pour être complet, un certain nombre d'affections avec lesquelles il nous paraît bien difficile de confondre le polype choanal.

Le *lympho-sarcome*, affection rare, obstrue le nez et forme dans le cavum une masse plus ou moins volumineuse. Son aspect, sa couleur rappellent l'as-

pect et la couleur des végétations adénoïdes et non du polype choanal. Ces tumeurs s'accompagnent de réactions ganglionnaires qui orientent le diagnostic.

Les tumeurs épithéliales, par leur aspect sanieux framboisé, ne peuvent guère être confondues.

Signalons que certains auteurs ont vu, pendant en battant de cloche dans le pharynx buccal, des tumeurs à point de départ pharyngé qui pourraient à la rigueur faire penser au polype choanal. Ce sont des *hypertrophies localisées du tissu adénoïde tubaire et juxta-tubaire*. Boulay en a vu un cas. Leur *insertion latérale sur le bourrelet de la trompe* peut rappeler l'insertion choanale d'un polype muqueux, mais la couleur est celle des végétations adénoïdes et non la transparence du polype. La rhinoscopie antérieure et le stylet lèveront tous les doutes en permettant de constater dans cette affection l'*absence de polype dans la fosse nasale* et surtout l'*absence de pédicule* dans le méat moyen.

6^e Avec le Polype choanalisé

A côté du vrai polype choanal il y a des polypes muqueux à insertion très postérieure, formée au dépens de la partie la plus extrême de la muqueuse du méat moyen, qui peuvent en imposer pour un polype choanal. Ce sont simplement des polypes muqueux qui, gênés dans leur développement antérieur, se sont développés du côté du pharynx. Ce sont des polypes « *choanalisés* », dirons-nous. Ils

diffèrent du vrai polype choanal que nous décrivons : 1^o *par leur volume* ; ils n'ont jamais les grandes dimensions du polype choanal vrai ; 2^o *par leur mode d'insertion* par un pédicule qui n'est pas le pédicule fin caractéristique du polype choanal ; 3^o *par l'allure de leurs récidives* ; le polype choanal vrai, quand il récidive, le fait avec une allure particulière qui réalise, en l'espace de quelques mois, un polype de volume à peu près identique à celui du premier polype enlevé ; 4^o le polype choanal est rarement *kystique*, comme le polype choanal.

PRONOSTIC

Pour faire un pronostic de la gravité du polype choanal, il est indispensable de faire un rapide aperçu des principales variétés de polypes muqueux des fosses nasales, en insistant sur leur gravité respective. Nous tenterons de mettre le polype choanal qui nous occupe à sa place, et son pronostic se trouvera ainsi plus nettement déterminé.

Il n'y a pas un polype muqueux des fosses nasales ; il y a des polypes muqueux. La réaction banale de la muqueuse nasale à toute cause d'irritation est le polype. C'est un symptôme ; le pronostic dépend essentiellement de la cause originelle vraie de ce symptôme, de ce qu'il y a derrière ce polype.

1^o *Un polype des fosses nasales sans pus dans le méat moyen, sans sinusité comme cause première,*

comporte un *pronostic bénin*. L'ablation de ce polype, une bonne direction donnée à l'hygiène générale qui modifie le terrain, et tout rentre dans l'ordre. Ce polype est la réponse de la muqueuse nasale à l'irritation répétée de coryzas hydropuriques arthritiques ; il ne récidive plus si le terrain est modifié.

2° Voici une autre malade qui présente également des polypes, *mais avec du pus dans le méat moyen* et une opacité d'un ou de plusieurs sinus. L'exploration au stylet décèle, au niveau du cornet moyen, de petits points d'ostéite. Ce polype est le résultat des réactions inflammatoires de la muqueuse ; il est secondaire à de la sinusite, à de l'ethmoïdite suppurée. Les points dénudés que sent le stylet sont des points d'ostéite et là le pronostic, *sans être sombre au point de vue vital*, doit être *réservé au point de vue de la fréquence des récidives*. Ces polypes ne guériront qu'après suppression de leur cause, la sinusite, qu'après curettages et morcellements répétés du cornet moyen et des cellules ethmoïdales atteintes d'ostéite. Il comporte des réserves, une thérapeutique et une patience du client que n'exigeait pas le premier cas.

3° Voici encore un troisième malade qui lui aussi a des polypes des fosses nasales ; ces polypes sont de consistance et d'apparence normales. Le malade qui en est porteur *entre dans la vieillesse*. Au lieu d'avoir pour siège et pour point de dé-

part la paroi externe des fosses nasales, *le polype s'insère sur la cloison*. Après une première ablation, les polypes récidivés *deviennent plus rosés*, saignent davantage sans l'écraseur. Cette seconde récurrence est suivie, à bref délai, d'une troisième plus abondante. Chaque intervention s'accompagne maintenant d'une *perte de sang profuse*. Ici *le pronostic est sombre*, même au point de vue vital, et l'histologie qui au premier examen avait dit : « *polype muqueux irrité, riche en travées conjonctives et en cellules libres du tissu conjonctif* », dit au troisième : « *tumeur maligne certaine* ». C'est là donc une troisième catégorie de polypes du nez qui comporte un pronostic grave, et l'obligation, en tout état de cause, de consentir des opérations sérieuses et mutilantes.

A quelle catégorie de polypes appartient le polype choanal ? Sans aucun conteste à la première catégorie des polypes bénins dans les irritations banales extérieures (poussières, saison froide) aux internes (coryzas répétés) sont le point de départ et dont le terrain est *l'arthritisme*.

Le polype choanal, comme il résulte de nos observations, récidive souvent. Ces récurrences ont une caractéristique sur laquelle nous avons insisté qui est que le polype se présente de nouveau à l'œil de l'observateur avec un volume rapidement aussi considérable que celui du premier polype à enlever. *La rapidité et le nombre de ces récurrences ne sont*

pas un signe de malignité. La cause que nous avons définie est purement anatomique.

Le polype choanal récidive parce que son pédicule, profondément situé, le prédispose aux récidives, mais non pas parce qu'il est la manifestation première de phénomènes irritatifs profonds, dont la manifestation définitive sera une tumeur maligne.

Nous ne connaissons pas un seul cas de polype choanal dégénéré; nous avons cité une observation où le refus du malade de se laisser opérer avait réalisé, étant donnés son âge et la longue durée pendant laquelle le polype s'est trouvé soumis à toutes les causes d'irritation, les conditions les plus favorables à une modification de sa nature histologique. Ce polype est cependant sagement resté un polype choanal bénin.

Le polype choanal, dont nous nous occupons, est donc *d'un pronostic toujours favorable* et ne comporte d'autre restriction à cette conclusion optimiste que la fréquence des récidives.

TRAITEMENT

Le traitement du polype choanal, comme de tous les autres polypes, est l'ablation, ablation qui doit être aussi complète que faire se peut pour tâcher d'éviter les récidives, qui sont d'autant plus probables qu'on a laissé tout ou partie du pédicule.

1^o Anse froide. — Le procédé qui vient le premier à l'esprit est l'ablation à l'anse, comme pour les polypes muqueux ordinaires. Malheureusement, il n'est pas toujours possible, à cause du volume de la tumeur, de la prendre dans une anse introduite par la fosse nasale où s'insère le polype choanal. Lorsque celui-ci est assez petit pour pouvoir être saisi par la fosse nasale où il s'insère, la technique est très simple. — Avec le guide-anse, et sous le contrôle de l'œil par la rhinoscopie antérieure, vous introduisez une anse du volume appro-

prié verticalement dans la fosse nasale, vous jouez avec le polype et, après l'avoir enserré, vous le sectionnez. — Mais il est rare que le polype choanal soit surpris à une période assez précoce de son évolution pour que son volume soit petit et autorise ce procédé. Le plus souvent, le polype choanal aura largement dépassé, en bas le plancher des fosses nasales, latéralement la cloison. L'anse introduite par la fosse nasale ne peut alors saisir le polype, vient buter et se replier contre lui sans pouvoir l'embrasser. Il faut alors recourir à des procédés spéciaux.

2° Morcellement. — Le plus simple de ces procédés spéciaux, quand le polype n'a pas de dimensions excessives, qu'il ne dépasse pas de beaucoup par en bas le plancher des fosses nasales et qu'il n'obstrue pas totalement les deux choanes, le procédé le plus simple, disons-nous, est le morcellement par la voie endo-nasale. — Après cocaïnisation soigneuse avec une solution de cocaïne-adrenaline des deux fosses nasales pour obtenir le maximum de vues par la rhinoscopie antérieure, on procède de la façon suivante : l'anse est introduite par la fosse nasale non obstruée complètement par le polype et vient ensaisir en une prise unique, ou par prises successives selon les circonstances, tout ce qui dépasse latéralement la cloison médiane et tout ce qui dépasse en bas le plancher des fosses nasales ; l'opérateur modèle ainsi,

dans un polype choanal, un polype qui, ne débordant plus ou qui ne débordant que faiblement cloison et plancher, peut être facilement saisi comme un polype banal par la fosse nasale où il s'insère, et enserré jusqu'à son pédicule et enlevé.

3^o Anse rétrograde — Le procédé pratique du morcellement n'est pas utilisable dans les polypes choanaux de grandes dimensions. Les limites du plancher et de la cloison sont alors si largement dépassés que le morcellement devient tout à fait impossible comme nous venons de le décrire. Un autre procédé, très élégant, très sûr, mais nous pouvons le dire de suite, difficile à manier, est le procédé de l'anse rétrograde. En voici la technique. — Après cocaïnisation de la fosse nasale, dans laquelle s'insère le polype, une petite sonde en gomme, portant à son extrémité une anse en fil souple, comme les sondes destinées à faire le tamponnement postérieur, est introduite par cette fosse nasale et ressortie par la bouche comme dans le premier temps du tamponnement. Mais alors, au lieu d'y accrocher des tampons, on fait de cette sonde le conducteur d'une anse en fil d'acier dont les deux chefs ont été repliés en crochets et sont ainsi fixés à la petite boucle de fil qui la termine. L'opérateur tire alors doucement de la main gauche sur la sonde, tandis que, avec l'index et le médius de la main droite placés dans la bouche largement ouverte, il conduit l'anse qui remonte en

arrière et autour du polype choanal et l'embrassé dans sa concavité. L'index ne doit pas abandonner un instant l'anse, tandis que l'opérateur, tirant toujours doucement de la main gauche sur la sonde, crochets qui ont rattaché le fil d'acier à la sonde la fait remonter dans le pharynx nasal. Le doigt l'accompagne ainsi jusqu'à sentir la voûte même du pharynx et, à ce moment, la main gauche, dont la traction douce et régulière a fait sortir entièrement la sonde puis les deux chefs de l'anse qui y est fixée, doit sentir une résistance élastique qui lui confirme que le pédicule est bien enserré. Les deux sont alors sectionnés à la pince coupante et les deux chefs du fil sont chargés par un aide intelligent dans un guide-anse qu'on fera progresser aussi loin que possible dans la fosse nasale. Le guide-anse est alors assujéti au serre-nœud et l'opérateur ne sera autorisé à abandonner son anse qu'après ce dernier temps. Il ne reste plus qu'à serrer l'anse, solidement fixée autour du pédicule, pour sectionner le polype choanal qui, selon les circonstances, tombe dans la bouche ou peut être sorti par le nez.

Ce procédé ne comporte aucun autre reproche que d'être difficile. Il est difficile pour plusieurs raisons, l'une inhérente au malade, les autres à l'opérateur :

1^o *difficulté inhérente au malade.* — Le procédé de l'anse rétrograde n'est pas douloureux, mais il est, il faut bien l'avouer, tout à fait pénible. Tout le

monde a fait ou a vu faire un tamponnement postérieur des fosses nasales et se souvient des réclamations parfois véhémentes du patient. Il s'agit ici d'un tamponnement postérieur aggravé, car nous avons essayé de faire ressortir dans notre dernière description la nécessité du *séjour prolongé de l'index de l'opérateur dans le pharynx nasal*. La sortie de la sonde par la bouche pendant le premier temps entraîne des nausées avec salivation abondante, qui sont toujours une grande gêne et parfois une impossibilité. Lorsque l'anse est remontée dans le pharynx, les explorations de l'index guidant l'anse sont assez désagréables et exigent, pour vaincre la sensation d'angoisse qu'occasionne le séjour d'une partie de la main dans la bouche du patient, une réelle bonne volonté.

2° *Difficultés inhérentes à l'opérateur.* — Il faut, pour arriver à placer utilement l'anse autour d'un polype choanal que l'opérateur ait un index qui possède deux qualités : a) *Une longueur suffisante*, b) *Une adresse expérimentée*.

a) *Une longueur suffisante.* Une voûte d'adulte est un but situé haut et loin que tout index ne peut prétendre atteindre et ce procédé nous paraît être refusé aux index courts.

b) *Une adresse expérimentée.* Nous avons tous dans le souvenir notre premier toucher vaginal et la boutade qui synthétise la sensation reçue par la réponse de l'élève au maître qui l'interroge et lui demande : Que sentez-vous ?.....

Les premières relations de l'index avec un pharynx dont toutes les parois molles se contractent sur l'envahisseur et dont les repères classiques sont masqués par une masse polypeuse, présentent le même vague dans l'interprétation. Diriger une anse dans ces profondeurs avec, comme guides, ces sensations incertaines, n'est pas besogne facile et nous avons le droit de dire que, si ce procédé est le procédé idéal, il est, comme tout idéal, à la portée de privilégiés particulièrement habiles.

4^e Pincés et Curettes. — Nous n'indiquerons que pour les proscrire, les procédés aveugles qui consistent à introduire des instruments agressifs, pincés diverses, curettes perfectionnées, dans un pharynx pour le punir de contenir un polype choanal. C'est une méthode qui ressortit plus aux tortionnaires qu'aux chirurgiens que celle qui consiste à ouvrir et fermer un instrument coupant et tranchant qu'on ne voit pas, sur une tumeur qu'on ne voit pas davantage. Ces procédés, qui rarement incontestablement quelque chose, ne sont pas seulement *brutaux* et *pénibles*, mais ils sont, de plus, *dangereux* et *inutiles*.

Dangereux, parce qu'une pince brutalement maniée à l'aveugle est encore plus mauvaise anatomiste que celui qui la tient et que, sans parler des blessures de la cloison, des cornets ou des parois molles que la nature répare, il y a les bourrelets tubaires qui acceptent mal les traumatismes immérités.

Inutiles, car, en matière de polype choanal, la satisfaction d'enlever quelque chose ne peut être agréable qu'à la vanité de l'opérateur ; pour l'utilité de l'opéré, il convient d'enlever tout, car l'ablation partielle est la certitude de la récurrence rapide.

Sous le contrôle de l'œil, avec le releveur, ces instruments peuvent cependant rendre des services.

5^o **Crochet de Lange** (1). — Le fait que le polype choanal s'insère par un mince pédicule, avait donné naissance à un procédé d'ablation logique qui était l'arrachement avec le crochet de Lange. Voici ce procédé. — La fosse nasale dans laquelle s'insère le polype étant soigneusement coëncée et le stylet ayant bien exactement déterminé où siège le pédicule, le crochet de Lange est introduit, sous le contrôle de l'œil, à travers le spéculum nasi. Il est ainsi conduit jusqu'au pharynx, en passant entre le polype choanal et la face externe de la fosse nasale. Il est alors doucement remonté, toujours sous le contrôle de l'œil, jusqu'à ce que sa tige se trouve au niveau du cornet moyen, la concavité du crochet regardant en haut. L'instrument est ramené en avant et, d'après ce que nous savons de l'insertion du polype choanal, dans ce mouvement de retrait, la concavité du crochet embrasse fatalement le pédicule. L'opérateur, tou-

(1) Opération des polypes des choanes. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*. 1888.

jours sous le contrôle de l'œil, s'assure, par quelques petits mouvements de rotation doux et de traction faite du bout du doigt, que le pédicule est bien saisi et seul saisi. Il tire alors tout doucement et parallèlement au bord du cornet moyen et le pédicule arraché vient avec le polype. — Ce procédé, comme celui que nous préconiserons tout à l'heure, a pour point de départ un fait anatomique précis. Nous le croyons inférieur à notre procédé de choix pour les raisons suivantes :

1^o Il est toujours plus difficile et *demande beaucoup de douceur de main* ;

2^o Il est parfois *impraticable* par suite de l'étroitesse des fosses nasales ou d'une déviation postérieure de la cloison, qui rend impossible l'accès sur la région du pédicule ; la méthode devient alors aveugle et brutale ;

3^o Une *échappée de l'instrument peut blesser la muqueuse* du cornet inférieur et donner naissance à une hémorrhagie assez abondante qui aveugle l'opérateur et trouble l'opéré.

Cette méthode est cependant à réserver et nous paraît pouvoir rendre de grands services dans le cas de polypes trop peu volumineux pour être saisis par notre méthode de choix et offrant à l'opérateur, dans *une fosse nasale large*, un *pédicule facilement accessible*.

6° Procédé de choix. — Lorsque le polype est volumineux et qu'il n'autorise ni l'ablation par la fosse nasale intéressée ni le procédé du morcellement, il est un procédé simple, peu pénible pour le malade, constant dans ses résultats, qui est régulièrement employé à la clinique des Docteurs Boulay et Le Marc'hadour, c'est le procédé par *arrachement*. — Le pharynx nasal étant mis sous l'œil de l'opérateur au moyen du releveur du voile, la tumeur est alors saisie à plein corps dans une anse solide. Un coup brusque et tout vient. — Nous avons en effet insisté sur ce fait essentiel que le vrai polype choanal a toujours un pédicule mince et long, peu résistant ; la traction à exercer pour le rompre est donc un traumatisme minimum qui doit et peut être logiquement consenti. La douleur est pour ainsi dire nulle, l'hémorrhagie insignifiante, le polype vient en totalité avec le pédicule, qui souvent arrache à sa suite une petite lamelle osseuse portant sa base d'implantation, ce qui réduit les chances de récurrence.

Lorsque le polype est très volumineux, qu'il descend dans le pharynx buccal, le temps préalable du releveur du voile est même inutile ; l'anse peut être directement placée par la bouche. Il faut tirer d'un coup sec, sans cela on ferait une élongation désagréable du pédicule qui cède du premier coup, au contraire, à une petite traction faite avec autorité. La méthode implique comme corollaire un diagnostic bien fait ; sa raison d'être est le pédicule du po-

type choanal vrai. Elle serait brutale et sans excuses, appliquée à un faux polype choanal. La généraliser serait faire un retour vers le passé où l'ablation des polypes du nez à l'aveugle et par arrachement était l'une des opérations les plus douloureuses et les plus répugnantes que l'on put voir.

Ce procédé simple ne comporte aucune suite et le malade, après vingt-quatre heures de repos, peut reprendre ses occupations.

37

HENRI CHATELLIER. — Polype fibro-muqueux des arrières-narines. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*. Décembre 1886.

BERTON. — Contribution à l'étude histologique des polypes muqueux des fosses-nasales. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1888.

LANGE. — Opération des polypes des choanes. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*. 1888.

KÖNIG. — Nouveau procédé pour l'ablation des polypes rétro-nasaux. *Journ. of. laryng. and rhino*. N° 5, d'après *Centralblatt. f. Chirurg.* 1888. N° 10.

MAC BRIDE. — Traitement des polypes du nez et du nasopharynx. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1888.

MACINTYRE. — Enorme polype nasal. *Médico-Chirurgical Society* (Glasgow méd. journ., oct. 1888.)

WAGNIER (de Lille). — Modification de l'emploi de l'anse galvanique pour l'extraction des polypes insérés à l'extrémité postérieure des fosses nasales. *Société d'otologie et de laryngologie*. 2^e séance. Année 1889.

NATIER. — Polypes muqueux des fosses nasales chez l'enfant de 1 mois à 15 ans. Paris, 1891.

WAGNIER. — Traitement des polypes muqueux et fibro-muqueux du pharynx nasal. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*. 1894.

GUYE (d'Amsterdam). — Deux cas de polypes des choanes.
Annales des maladies de l'oreille et du larynx.
1894.

SEIFERT et KAHN. — *Atlas der Histopathologie der Nase.*
Berlin, 1895.

BRYSON DELAVAN. — Trois cas de polypes kystiques du nez.
Académie de Médecine de New-York, section de
laryngologie et de rhinologie. Mars 1895.

LACOURRET. — Polypes muqueux des fosses nasales. *Anna-*
les de la polyclinique de Toulouse. Octobre 1895.

O. CHIARI. — Sur la présence des polypes muqueux naso-
pharyngiens. *Société viennoise de laryngologie.* 7
novembre 1895.

BOULAY. — De l'obstruction nasale chez l'enfant. *Revue*
mensuelle des maladies de l'enfance. Mars 1896.

DELIE (d'Ypres). — Polypes muqueux du nez. *Annales des*
maladies de l'oreille et du larynx. 1896.

W. VAN DER HEIDE. — Polypes des choanes et corps étran-
gers. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx.*
1897.

H. RIPAULT (de Lyon). — Volumineux polype de la fosse
nasale gauche, accidents cérébraux. *Annales des*
maladies de l'oreille et du larynx. 1898.

E. LABARRE. — Relation d'un cas de polype fibro-muqueux
des fosses nasales chez un enfant de 5 ans 1/2.
Société belge d'otologie, de laryngologie et de rhi-
nologie. Juin 1898.

J. WRIGHT. — Remarques sur l'étiologie des polypes du nez. *Académie de médecine de New-York, section de laryngologie*. Février 1899.

SUAREZ DE MENDOZA. — Polype muqueux. *Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris*. Novembre 1899.

E. LOMBARD. — Trois cas de polypes muqueux des choanes. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*. 1900.

DEPIERRIS. — Polype du nez unique, remplissant une des fosses nasales, dans le cavum en entier. Ablation par morcellement. *Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie*. 16 mai 1900.

TEXIER (de Nantes). — Polype fibro-muqueux volumineux du naso-pharynx. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*. 1900.

CHOLEWA (de Cassel). — Pourquoi les polypes muqueux récidivent ? *Monast. f. Ohrenh.* p. 103. 1900.

O. CHIARI. — Polype kystique du naso-pharynx. *Société Viennoise de laryngologie*. Novembre 1902.

HAJEK. — Sur la récurrence des polypes du nez. *Archiv. f. laryngologie*. Band XIV, heft. 3. 1903.

ONODI. — *Comptes rendus de la société hongroise d'oto-rhino-laryngologie*. Octobre 1903.

JACQUES (de Nancy). — Des dégénérescences bénignes de la muqueuse ethmoïdale. Causes et traitement. *Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie*. 1903.

BAR (de Nice). — Traitement des polypes choanaux chez l'adulte. *Congrès de la Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie*. Séance du 3 mai 1904.

RÔURE (de Valence). — Volumineux polypé du naso-pharynx. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*. Septembre 1904.

RADSICH. — Contribution à l'étude des polypes des choanes. *Medit obosrenie*. 1904.

MOURE (de Bordeaux). — *Lettre du 6 février 1905 au docteur Stepinski*.

KILLIAN (de Frisbourg en Brisgau). — Sur l'origine des polypes choanaux. *XII^e congrès de laryngologie de l'Allemagne du Sud*. Mai 1905.

NAVRATIL. — Quatre cas de polypes retro-nasaux. *Société hongroise d'oto-rhino-laryngologie*. Avril 1906.

LECOCQ (de Wasmès). — Polype géant de la fosse nasale. *Société belge d'otologie, de laryngologie et de rhinologie*. Juin 1906.

FOURNIÉ. — Présentation d'un volumineux polype maxillo-nasal. *Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris*. Juillet 1906.

BÄHM. — Polype muqueux. *Société de laryngologie de Munich*. Novembre 1906.

SEGURA. — Polypes fibro-muqueux naso-pharyngiens. Leur origine dans le sinus maxillaire. *Revue hebdoma-*

daire de laryngologie, d'otologie, etc. 15 décembre 1906.

STEPINSKI. — Des choanes chez l'enfant. *Archives internationales de laryngologie*. Janvier-février 1907.

CORNET. — Polype kystique des choanes. *Archives internationales de laryngologie*. Mars-avril 1907.

LEVENSON. — Influence d'un polype naso-pharyngien sur l'ouïe (polype muqueux). *Archives internationales de laryngologie*. Mai-juin 1907.

CITELLI. — Sur les tumeurs primitives des sinus du nez. *Archives internationales de laryngologie*. Janvier-février 1908.

LAVRAND (de Lille). — Deux cas de polypes du cavum ; examens histologiques. *Congrès de la Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie*. Mai 1908.

BELLOTTI. — Tumeurs primitives des sinus du nez. *Archives internationales de laryngologie*. Mars-avril, mai-juin 1908.

MASSIER. — Volumineux fibro-myxome naso-pharyngien chez un enfant de 5 ans 1/2. *Archives internationales de laryngologie*. Juillet-août 1908.

DUNDAS GRANT. — Polype post-nasal volumineux, simulant un fibrôme, provenant de l'antre d'Highmore. *Archives internationales de laryngologie*. Janvier-février 1909.

LERMOYER. — Polype du sinus maxillaire. *Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris*. Février 1909.

HERBERT TILLEY. — Polype retro-nasal enlevé chez un enfant de 14 ans 1/2. *Archives internationales de laryngologie*. Mars-avril 1909.

P. VIOLLET. — Polypes kystiques du nez à répétition, donnant lieu à des écoulements muqueux nombreux et abondants, paraissant, par leur structure, avoir leur point de départ dans le sinus maxillaire. *Congrès de la Société française d'oto-rhino-laryngologie*. Mai 1909.

TABLE DES MATIÈRES

HISTORIQUE	7
DESCRIPTION.— a) <i>Symptomatologie subjective</i> . .	19
b) <i>Symptomatologie objective</i> . .	22
c) <i>Aspect macroscopique de la tumeur</i>	26
d) <i>Nature histologique</i>	31
OBSERVATIONS	35
ÉTIOLOGIE et PATHOGÉNIE	48
DIAGNOSTIC	51
PRONOSTIC	60
TRAITEMENT. — 1° <i>Anse froide</i>	64
2° <i>Morcellement</i>	65
3° <i>Anse retrograde</i>	66
4° <i>Pincés et curettes</i>	69
5° <i>Crochet de Lange</i>	70
6° <i>Procédé de choix</i>	72
BIBLIOGRAPHIE	75

Imprimerie spéciale de la Librairie

H. CHACORNAC

PARIS — 9, rue de l'Éperon — PARIS
